

Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut

Kadri Randver

HAMBAARSTI VISIIDIGA SEOSTUVA ÄREVUSE JA SELLE VÕIMALIKE
PÕHJUSTE HINDAMINE PATSIENTIDEL

Uurimistöö

Juhendaja Aavo Luuk

Tartu 2016

Lühikokkuvõte

Ärevus hambaravis seostub tihedalt inimese üldise heaolu ja tervisega. Kõrgemad ärevusenäitajad ennustavad, et käiakse vähem visiitidel ja ollakse nii emotsionaalselt kui sotsiaalselt rõhutud. Antud seminaritöös uuriti kas hambaarsti visiidile tulevad patsiendid erinevad oma ärevuse tasemete poolest ja kui siis mis on selle võimalikud põhjused. Eesmärgiks oli teada saada kas patsientidel esineb kontrollgrupist oluliselt erineval määral ärevust. Selle hindamisel kasutati ärevuse intensiivsuse analoogskaalat (VAAS), järgnes loetelu oletatavatest hetkeärevuse põhjustest ning küsimustikud seisundi- ja püsiärevuse esinemise määra kohta (STICSA küsimustik).

Ärevuse intensiivsuse analoogskaalal olid naispatsientide keskmised näidud võrdlusgrupi naiste omadest statistiliselt oluliselt kõrgemad. Seejuures meestel ilmnes statistiliselt mitteoluline tendents, mille kohaselt patsientide keskmine ärevusenäit oli võrdlusgrupi keskmisest madam. Küsimustiku hetkeärevuse vastuste keskmine näit oli naispatsientidel statistiliselt oluliselt kõrgem kui võrdlusgrupis, kuid meestel gruppidevaheline erinevus puudus. Ärevusepisoodide kogemise sageduses patsientide ja võrdlusgrupi vahel erinevusi ei ilmnunud.

Kirjanduse andmetele toetudes võib oletada, et kõrgeenenud ärevuse seisund võib tõenäoliselt ennustada teiste vaimset tervist puudutavate ebasoodsate ilmingute avaldumist (negatiivne enesehinnang, depressioon), mis käesoleva töö tulemuste kohaselt on naistel tõenäolisem kui meestel.

Märksõnad: hambaravi ärevus, patsiendid, vaimne tervis, ravimeetodid

Abstract

The anxiety in dentistry is severely linked to a person's well-being and health. Higher anxiety signs forecast that the patients attend dentist appointments less and are being more emotionally and socially repressed. In the given paper, it was being researched if the patients coming to the dentist have different levels of anxiety. If this is the case then what are the reasons. The aim was to find out whether patients have a lot more of anxiety than people in control group. To evaluate, the anxiety's intensity analogue scale (VAAS) is being used. This was followed by a list of supposed reasons of moment anxiety and questionnaires about the degree of performance of conditional and permanent anxiety (STICSA questionnaire).

On the anxiety's intensity analogue scale the average readings of female patients were statistically higher than the ones of control group. Meanwhile the average reading of male patients were lower than the ones in the control group.

The average readings of the responses of moment anxiety was on female patients statistically than in control group, but there wasn't any difference in male groups. There were no differences between patients and control groups in the situation of experiencing the anxiety attack. Supported by the literature and based on this analysis, it is possible to assume that the occurrence of other negative signs of mental health is more possible for women than men.

Keywords: dental anxiety, patients, mental health, treatment

Sissejuhatus

Ärevus ja hirm on organismi normaalsed kaitsereaktsioonid. Juhul kui need esinevad põhjendatult ja vähesel määral siis aitavad need meil toime tulla teatud ohusituatsioonidega ning panevad vastavalt tegutsema – näiteks vältivalt käituma, eemalduma ohutusse kaugusesse, põgenema jne. Lähemalt leiab käesolevas töös käsitlemist hambaraviga seotud ärevus, selle võimalikud põhjused ja tagajärjed. Seejuures arutletakse võimaluste üle leida lahendusi ja konkreetseid meetmeid vähendamaks ärevust hambaravi protseduuride ees. Oluline on ära märkida, et ärevus ja hirm on eraldiseisvad emotsioonid ning mõlemal on omanäoline bioloogiline ja psühholoogiline alus. Lühidalt öeldes on ärevus emotsioon, mis tekib eeldatavat ohtu oodates, hirma aga olukorras, kus ollakse juba silmitsi reaalse või tajutud ohuga.

Esimesed teadusliku olemusega empiirilised uuringud ja kogutud andmed ärevusest hambaravis pärinevad 1970-ndate algusest. Enim on tänaseks seda nähtust uuritud Skandinaaviamaades (Rootsi, Norra, Taani), Euroopas esineb mõõdukat hambaraviärevust umbes 4-7% täiskasvanutest. Hambaraviga seotud ärevusel on huvipakkuv ühisosa hambaarstide ja psühholoogide jaoks sest oma kompleksuse tõttu hõlmab see nii somaatilisi, psühholoogilisi kui ka sotsiaalseid aspekte. Väidetavalt on hirm ja sellega seonduv ärevus ühed peamistest põhjustest millepärast inimesed väldivad hambaarstile minekut, suurendades seeläbi terviseriski kogu organismile. Suu halvenenud seisukord mõjutab ülejäänud keha, põhjustades kaebusi üldtervisele ja enesetundele. Tekib justkui surnud ring, kus lagunenenud hambad ja sellega kaasnevad muud suuõõne probleemid eeldavad veel rohkem hambaarstil käimist, ärevus seda aga ei võimalda ja vajalikke visiite hakatakse veel rohkem vältima. Taolist nähtust tuntakse Berggreni mudelina (Berggren, 1984). Seost ärevuse, vältiva käitumise, suutervise allakäigu ja häbi ning alaväärsustunde vahel toetavad ka empiirilised uuringud mis läbiviidud hilisemalt Armfield (2007) ning deJongi poolt (2011).

Ärevuse tekke algusele võib olla ka teine lähenemine. Nimelt väidavad Abrahmsson jt. (2002) oma uuringus, et vanemad kes ise kannatavad ärevuse all, “pärandavad” selle edasi oma lastele. Juba eelnevalt kodus last vastavalt meelestades ei pruugi edasine koostöö ravikabinetis enam sujuda ja algus nii-öelda hambaravihirmu tekkeks ongi loodud. Minevikus vanemale osaks

saanud üleelamised hakkavad mõjutama noore inimese edasisi hoiakuid ja käitumist hambaravi suhtes (Salim jt. 2013).

Siinkohal vajabki mainimist, et ärevus ja hirm on multifaktoriaalsed, kus lisaks eelpoolmainitule on tähtis osa taolistel psühholoogilistel konstruktidel nagu kontrollkese (*locus of control*), eneseteadvus (*self-consciousness*), eluga rahulolu (*satisfaction with life*) ja mõtete alla-surumine (*thought suppression*). Armfield kirjeldab 2013. aastal avaldatud artiklis “Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review” et tihti viib patsiente ärevusseisundisse olukord, kus nad tunnetavad jõuetust ja neil puudub kontroll olukorra üle.

Kontrollkeseme teooria (Rotter, 1966) kohaselt jaguneb subjektiivse kontrolli kese ehk lookus kaheks – sisemiseks ja väliseks. Kui domineerivaks on sisemine kontrollkese, on inimene kindel, et juhib ise oma elu ehk temaga juhtub nii hea kui halb sõltub temast enesest. Sellele vastupidiselt on välise kontrollkesemega inimene arvamusel, et kõik tema elus toimuv määratakse ära kellegi teise poolt, tegemist on saatusega ning temast endast ei sõltu midagi. Erinevad uuringud, mis on läbi viidud (Auerbach, Kendall, Cuttler, Levitt 1976; Duke & Cohen 1975; Kent, Matthews, White 1984) näitavad, et sisemise kontrollkesemega inimesed olid kontrolli välimise lookusega inimestega võrreldes enim huvitatud ja motiveeritud järgima suuõõne tervisega seotud juhiseid ja külastama selleks vajalikke protseduure.

Enesest teadlik olemine tähendab inimese tendentsi määratleda end nii privaatses kontekstis kui ka avalikkusega seotud dimensioonides (Fenigster, Scheier, Buss 1975). Economou (2003) leidis, et esineb selge positiivne korrelatsioon avaliku eneseteadlikkuse ja hambaravi ärevuse vahel.

Kolmanda psühholoogilise faktorina mainitud eluga rahulolu seost ärevusega hambaravis on uuritud vähem kui eelnevaid. Üks vähestest uuringutest, mis on viidud läbi Ylöstalo jt. (2003) poolt väidab, et see mil määral inimene oma eluga rahul on, mõjutab ka tema tervisekäitumist. Vastupidiselt inimestele, kes on vähema rahuloluga, esineb suurema rahuloluga inimestel tugevamat suundumust tervistsoodustavaks elustiiliks. Teisisõnu on neil inimestel tendents tegutseda harjumuspäraselt enim ka suutervishoiu ja suuhooldusega.

Viimasena mainitud mõtete allasurumine kujutab endast teadlikku tegevust vältimaks mingeid konkreetseid mõtteid või mõttemustreid. On leitud, et enamusel inimestest on esinenud üks või enam juhtu seoses tahtmatute mõtetega kus taoline allasurumise nähtus aset leiab. Uuringus (de Jongh, Muris, Merckelbach, Schoenmakers 1996) kus seostatakse see nähtus konkreetselt hambaravi ärevusega tuli välja, et kõrged näidud ärevuse osas olid seotud enim mõtete allasurumisega, mis omakorda assotsieerusid enim negatiivsete hambaravi- alaste mõtetega.

Paljudes kultuurides on tuntud stereotüüp, et naised on rohkem „emotsionaalsemad“ kui mehed. Huvipakkuvana tundubki seejuures tõik, et hambaraviärevuse suhtes on enim disponeeritud just naissugu. Tervis 2000 uuringus, mis viidi läbi Soomes selgus, et 7% meestest ja 13% naistest raporteerisid olevat end väga hirmul hambaarsti juures (Lahti, Tolvanen, Freeman 2009).

Seetõttu ongi erialaspetsialistina oluline olla teadlik taolisest fenomenist, osata seda adekvaatselt hinnata, leida erinevaid lahendusi selle vähendamiseks ja teha oskuslikult ennetustööd selle ärahoidmiseks.

Käeoleva töö eesmärgiks oli uurida, kas hambaarsti visiidile tulevad patsiendid erinevad oma ärevuse tasemete poolest võrdlusgrupist ja kuidas nad oma ärevust ise seletavad. Täiendavalt sooviti teada, kas on erinevusi ärevuse vahel, mis valdab patsienti visiidil olles võrrelduna ärevusega tavaelus. Lisaks uuriti ärevuse erinevusi sugude lõikes ja taheti teada, kas patsientide ärevuse hinnangutes on soolise kuuluvusega seostuvaid tendentse. Uuritavateks olid hambaarsti visiidile pöörduvad inimesed. Nende kõrvale moodustati patsientidega sooliselt ja vanuseliselt tasakaalustatud võrdlusgrupp mittepatsientidest, kes olid ülikooli tudengid. Antud töös otsustati püstitada uurimisküsimus, mille kohaselt oli eesmärgiks välja selgitada kuidas seostub ärevus hambaravis ärevusega, mis valdab inimest igapäevaselt ja millised on tendentsid nende esinemiste sageduses.

Uurimistöös püstitati järgnevad hüpoteesid:

- 1.) Patsientidel on enne hambaravi protseduure seisundiärevuse keskmine tase kõrgem võrreldes mittepatsientidega.
- 2.) Naistel (patsientide seas ja võrdlusgrupis) on ärevusetasemed kõrgemad.

Meetod

Uurimistöö viidi läbi ühes Tartu linna hambaraviasutuses ajavahemikus oktoober 2015– märts 2016. Valim moodustati sinna kliinikusse ravile pöördunud ning uurimuses osalemisega nõustunud inimestest. Katseisikuteks olid patsiendid ($N=79$ $M=35,6$), nii naised ($N=34$ $M=35,7$) kui mehed ($N=45$ $M=35,5$). Neid instrueeriti igakülselt enne uuringut selle läbiviija poolt. Ärevuse hindamine patsientidel enne visiiti sai toimuma ooteruumis istudes, mil nad said kätte A4 paberkandjal kahepoolsest olevad küsimustikud. Esimesena oli tegemist ärevusseisundi intensiivsuse analoogskaalaga (*Visual Analogue Scale of Anxiety; VAAS*), mille esimene kättesaadev viide pärineb 1976-st aastast (Hornblow & Kidson, 1976). Ärevuse analoogskaala esitatatakse 100mm pikkuse horisontaalse lõiguna, mille vasak ots tähistatakse 0-ga, mis tähendab ärevuse puudumist ning parem ots 100-ga, mis tähendab maksimaalset ärevust. Vastaja ülesandeks oli tõmmata püstkriips sirglõigu sellele kohale, kus tema hinnangul hetkeärevuse tase paikneb. On leitud, et antud meetod on valideeritud ja muutustele äärmiselt tundlik ärvuse mõõtmise vahend. Järgnevalt paluti vastajal hinnata oma võimaliku hetkeärevuse tõenäolisi põhjuseid etteantud vastusevariantide hulgast. Järgmisena sooviti teada saada ärevuse kahe aspekti –hetke- ehk seisundiärevuse ja püsiärevuse (tegelikult ärevusepisoodide esinemise sageduse) esinemise või puudumise kohta. Spielbergeri (1983) loodud *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* traditsiooni jätkuna oli hetkeärevuse mõõtmiseks kasutusel eesti keelde kohandatud küsimustik, mille algallikaks on *State Version of State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA)*. STICSA autorid on Grös jt (2007). Nende loodud 21-väiteline küsimustik koosneb hetkeärevuse kehalise komponendi (aktivatsiooni) ja tunnetusliku komponendi (muretsmise) alaskaaladest. Elwood, Wolitzky-Taylor, & Olatunji (2012) peavad oma erinevate ärevuse mõõtevahendite võrdleva analüüsi kohaselt STICSA-t üheks perspektiivikamaks ärevuse uute mõõtevahendite seas. Käesolevas uurimuses kasutatav eestikeelne STICSA variant koosneb inglisekeelsete originaalvaidete tõlkest, mis 21-väitelise tervikskaalana näitab head reliaablust (Cronbachi $\alpha=0,923$; kordustestimise reliaablus $n=98$, $r=0,707$). Väiteid hinnati 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale/ ei ole nõus) kuni 4 (õige/ täiesti nõus). Võrdlusgrupp moodustati varasemate õpilastööde põhjal kogutud andmetest. Patsientide kõrvale otsiti samast soost ja võimalikult samaealised võrdlusgruppi liikmed.

Tulemused

Uurimuses tuli välja, et vanuse osas patsientide ja võrdlusgrupi vahel erinevusi ei esine ehk patsientidegrupp ja kontrollgrupp olid vanuseliselts hästi võrdsustatud. Küll aga ilmnes statistiliselt oluline erinevus ($p < 0,022$) hetkeärevuse küsimustiku keskmistes tulemustes meeste ja naiste vahel patsiente ning võrdlusgruppi koos käsitledes – naiste hetkeärevuse tase oli meeste omast kõrgem. Ülejäänud mõõdetud omaduste osas ei esinenud erinevust patsientide ja mittepatsientide vahel ühistes gruppides (Tabel 1).

Tabel 1. Mehed ja naised koos (patsiendid ja mittepatsiendid)

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Hetkeärevus	1	79	15,14	11,87	1	5,31	0,022
	2	79	10,91	11,16			
Ärevus analoogskaalal	1	79	17,99	20,86	1	0,56	0,419
	2	77	15,51	17,1			

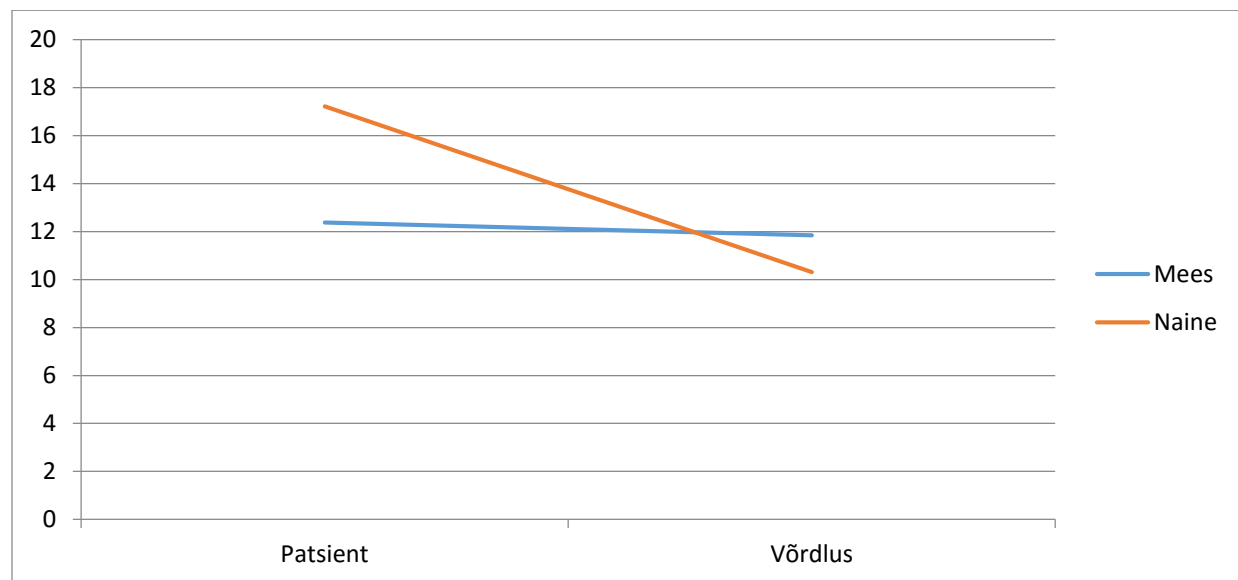
Märkus: Siin ja edaspidi *N* - isikute arv; *M* - keskmine; *SD* - standardhälve; *df* – vabadusastmete arv; *F* – *F*-statistik; *p* - statistilise olulisuse tõenäosus; 1 - patsiendid; 2 - mittepatsiendid.

Et meeste ja naiste tulemused käitusid erinevalt, tehti eraldi analüüs, kust selgus, et meestel ei ole patsientide ja võrdlusgrupi vahel mitte ühegi mõõdetud omaduse (ärevuse analoogskaala, hetkeärevuse ja ärevuseepisoodide esinemissageduse) osas olulisi erinevusi, naistel seevastu on hetkeärevuse keskmise näidu (*sSUM*) osas patsientide ja võrdlusgrupi vahel oluline erinevus ($p < 0,002$). Oluline erinevus ($p < 0,041$) ilmnes naispatsientide ja võrdlusgrupi vahel ka ärevuse analoogskaala keskmiste näitude osas. Ärevuseepisoodide sageduse (*fSUM*) osas ei ole statistilist olulist erinevust naissoost patsientide ja mittepatsientide vahel ($p < 0,974$). Oluliselt erinevad näitajad naispatsientide seas on ära toodud alljärgnevalt (Tabel 2).

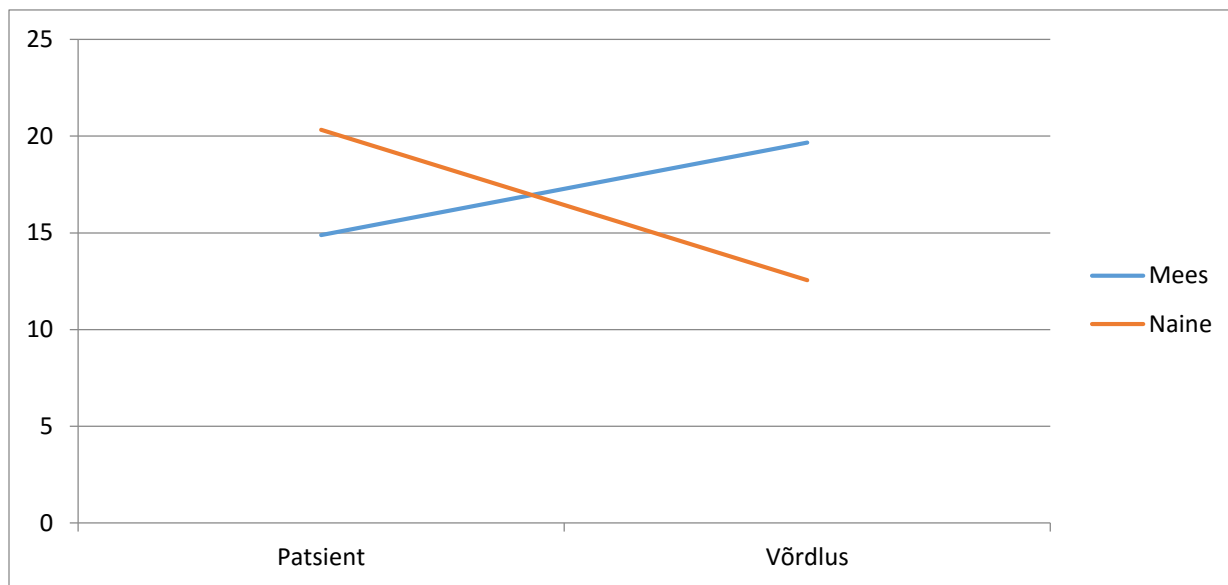
Tabel 2. Naispatsiendid ning nende kontrollgrupp (1 - patsiendid 2 - mittepatsiendid)

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Hetkeärevus	1	45	17,22	10,12	1	10,01	0,002
	2	45	10,31	10,59			
Ärevus analoogskaalal	1	45	20,33	21,39	1	4,28	0,041
	2	45	12,56	13,33			

Keskmete näitajate kaudu tuli välja, et meestel ei ole nii patsientide kui võrdlusgrupi osas olulist erinevust hetkeärevuse osas, kuid naiste puhul esines märgatav tõusutendents (Joonis 1).

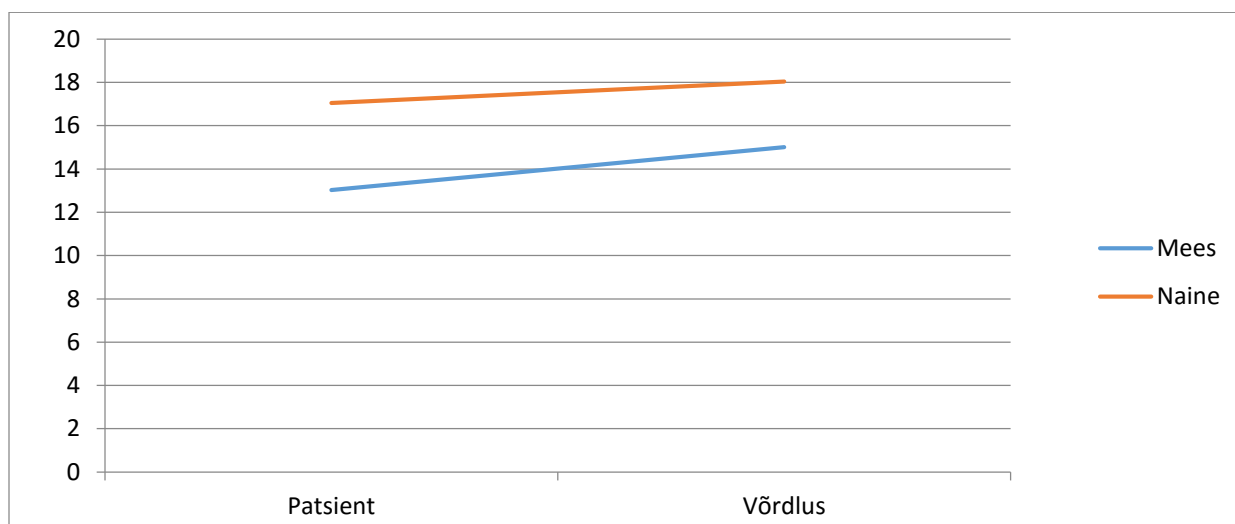
*Joonis 1 Hetkeärevuse hinnang küsimustiku vastustes*

Ärevuse hinnangu analoogskaala keskmiste näitajate põhjal võib väita, et meestel ja naistel on vastandlikud tendentsid ehk meestel on ärevusenäit kõrgem võrdlusgrupis ja naistel on see patsientidegrupis.



Joonis 2 Ärevuse hinnang analoogskaalal

Ärevusjuhtude sageduse hinnangu küsimustiku kaudu tuli välja, et nii meestel kui naistel on võrdlusgurpis keskmised näitajad suuremad (Joonis 3).



Joonis 3 Ärevusjuhtude sageduse hinnang küsimustiku vastustes

Meeste ja naiste keskmised näitajad nii patsientide kui mittepatsientide hulgas on kokkuvõtvalt ära toodud alljärgnevalt (Tabel. 3).

Tabel 3. Meeste ja naiste keskmised näitajad (patsiendid ja mittepatsiendid)

	Grupp1		Grupp 2	
	mehed	naised	mehed	naised
Hetkeärevus	12,38	17,22	11,48	10,31
Ärevus analoogskaalal	14,88	20,33	19,66	12,56
Ärevusjuhtude sagedus	13,03	17,04	15	18,04

Märkus: Grupp 1 - patsiendid Grupp 2 - mittepatsiendid

Ärevuse väljatoodud põhjustena mainisid patsiendid enim (24 korda) ebamäärast olukorda (teadmatus, ennustamatus, otsustamatus, ebamäärane ootus), see oli esikohal nii naiste kui meeste hulgas, järgnesid hirmu tekitav olukord (eelseisva protseduuriga kaasneda võiv kudede vigastamine ja valu) ning tervist ohustav olukord (enese tervise halvenemisega seotud asjaolud).

Reale “Muu” kirjutas üks patsientidest, et tema praegused ärevusega seotud tunded puudutavad pere ehk läbisaamist laste ja elukaaslasega.

Kontrollgrupi kohta sarnast kokkuvõtet tehes selgus, et võrdselt mainiti ärevuse põhjustena (31 korda) ebamäärast olukorda ning tervist ohustavat olukorda. See oli esikohal nii meeste kui naiste puhul. Järgnes füüsilise ohu olukord ehk eelseisev või äsjakogetud füüsiliselt eksisteeriv oht (näiteks vigastuste oht).

Arutelu ja järeldused

Kõigi mõõdetud ärevuseküsimumstike hulgast ilmes, et naiste ärevuse näidud hambaarstile tulles olid kõrgemad kui võrdlusgrupis. Meeste puhul seda tendentsi ei täheldatud. Selline tulemus lubab oletada, et naissugu on enim dispooneeritud ärevuse suhtes. Hittner jt (2009) leidsid oma uurimuses, et üks märkimisväärne demograafiline muutuja, mille puhul esinesid hambaraviärevuse suurenenud skoorid oli sugu ehk naistel olid selles osas kõrgemad näitajad. On täheldatud, et naised saavad võrreldes meestega ka üleüldiselt rohkem diagnoositud ärevuse ja foobiaste osas mis kinnitab omakorda asjaolu, et esinevad selged sugudevahelisi erinevused antud teema osas (Kessler et al., 1994). See leid osutab, et naispatsientidel avaldub hambaravile tulles ärevus ning see on probleem, millega peaks tegelema. Liddel ja Locker (1997) oletasid, et sellesse võivad olla kaasatud komplekselt faktorid mis puudutavad meeste ja naiste erinevat suhtumist valusse ja selle kontrolli. Eli jt. (2000) märkisid, et võibolla naised lihtsalt mäletavad pikemat aega valuaistingut mis tekkis arstil olles. On leitud ka, et mehed peavad kinni niiõelda traditsioonilisest rollist ja näitavad seetõttu vähem kartust välja kui tegelikult peaks.

Toetudes Armfieldi jt. artiklile on erinevate ärevuse tasemete jaoks olemas erinevad ärevuse leevendamise meetodid mida praktikas ka väga edukalt rakendatakse. Mõõduka ärevuse puhul kasutatakse lisaks farmakoloogilisele toele (suusisene sedatsioon, lokaalanesteesia) ka erinevaid strateegiaid tähelepanu ja mõtete kõrvalejuhtimiseks, kuid kõrgemate ärevusnäitajatega patsientidel on vajalik ette võtta pikemaajaliselt kestev käitumuslik-kognitiivne teraapia. Viimasel juhul on sellesse protsessi kaasatud ka juba psühholoog. Väga komplitseeritud juhtudel, kus suuseisund on juba väga halb ja vajalik oleks ette võtta suuremad kirurgilised manipulatsioonid, on patsientidele näidutatud üldnarkoos.

Ärevuse põhjustest välja tulnud aspekt, kus mõlemas grupis mainiti enim ebamääraolukorda, seostub teadmatusega, ennustamatusega, ebamäärase ootustega. Võib oletada, et vastastikusel usaldusel on oluline roll. Patsiendid, kes on hambaravi personali suhtes umbusklikult meelestatud, on kahtlevad ja mures. Armfield (2013) leidis, et just muretsemine ongi peamine argument, mida mainitakse. Muretsetakse eelseisva protseduuri pärast, enda käitumise pärast protseduuril, tuntakse muret, et mida arvab personal ärevusest ja suuseisust.

Enamasti on neil inimestel ka teisi hirme näiteks kõrguse, vee, lendamise ees. Sageli selgub üldanamneesi küsitlusest, et patsiendil võivad tekkida enne visiiti uinumiskraskused, pärast aga kurnatus ja väsimus. Esineks justkui üldine generaliseerunud hambaravi ärevus.

Eelnevat seostatakse ka tihti sissejuhatuses mainitud kontrollkeskme teooriaga. Olles hambaarsti meeskonna kätes, kaob kontroll enda vaba tegutsemise suhtes mis omakorda mõjutab enesehinnangut. Sellest püütakse üle olla tehes näiteks sarkastilisi nalju personali suunas. Taolise käitumise puhul on kõige tähtsam jääda erialaspetsialistina rahulikuks ja jätkata oma tööd, samal ajal iga ravietaapi eelnevalt lahti seletades, soovitatavalt ka kirjalikult. Nimelt võivad patsiendid tahta oma kahtlustele kinnitust leida ja minna seetõttu mujale raviasutusse teist arvamust küsima. Sel juhul nõutaksegi endaga kaasa nii röntgenpilte, raviplaani kui ka väljavõtteid ravikaardist.

Edaspidi hambaravi ärevuse temaatikat uurides võik valim olla kindlasti suurem, lisaks võiks võrrelda erinevas vanuses olevaid inimesi omavahel ning teha samade katseisikutega kordusmõõtmisi. Huvitav oleks välja selgitada kas täiskasvanutel, kel avaldus lapseas ärevus, on see jätkuvalt alles või on ses osas mingid muutused toimunud. Lisaks võiks kasutada enesekohaseid küsimustikke ja sooliste erinevuste uurimist. Oluline oleks arutleda näiteks sotsiaalselt soovitava käitumise (vastamise) ja võimalike soostreotüüpsete mõjude üle.

Kokkuvõte

Kokkuvõtvalt võib öelda, et olenemata eriväljaõppest või selle puudumisest saab iga hambaarst kaasa aidata patsiendi ärevuse vähenemisele. Nimelt on lihtne ja siiras suhtluspatsiendiga see, mis aitab tihtipeale paljud visiidiga tekkinud muremõtted juba eos eemale viia. Hamasaki kolleegidega (Hamasaki jt 2011) leidsid, et patsiendid, kel oli oma hambaarstiga meeldiv läbisaamine, olid enim rahul ja vähem hirmul kui need, kes said suhtlusest arstiga vähem häid emotsioone. Mida aga siis kujutab endast hea kommunikatsioon? See rajaneb edukale kahe-suunalisele interaktsioonile (patsient-arst ja vastupidi), sisaldades patsientide murede teadvustamist, mitteverbaalseid vihjeid, efektiivset kuulamisoskust, sõnade peegeldamist, empaatia ülesnäitamist ning sobiliku hääle ja tooni kasutust.

Lõpetuseks võib öelda, et vaatamata tehnika arengule, ravimeetodite paranemisele ja anesteesia täiustumisele pole kindlasti võimalik saavutada hambaravis täielikku ärevuse ning protseduuride valulikkuse puudumist. Küll aga saab luua hambaarsti ja patsiendi vahel usaldusliku suhte, mis päädib mõlemaid osapooli rahuldava koostööga. Selleks on spetsialistil vaja läheneda igale inimesele individuaalselt ning samas teada erinevaid meetmeid ärevuse leevendamiseks, nagu näiteks hea suhtlemisoskus, näita-räägi-tegutsemudeli rakendamine ja kognitiivne teraapia.

Tänuavaldused

Eelkõige suur tänu mitmekülgse abi ja nõu eest juhendaja Aavo Luugile. Võimaluse eest patsiente küsitleda tänan oma tööandjat ja abivalmeid kolleege. Aitäh kõigile pereliikmetele ja lähedastele, kes otseselt või kaudselt minu uurimistöö valmimisele kaasa aitasid.

Kirjanduse loetelu

- Abrahamsson, K.H., Berggren, U., Hallberg, L., Carlsson, S.G. (2002). Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*, 16, 188-196.
- Armfield, J.M., Stewart J.F., Spencer A.J. (2007). The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*, 7, 1
- Auerbach, S. M., Kendall, P. C., Cuttler, H. F., & Levitt, N. R. (1976). Anxiety, locus of control, type of preparatory information, and adjustment to dental surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 809-818.
- Berggren U., (1984). Dental fear and avoidance, a study of etiology, consequences and treatment. PhD Thesis, University of Gothenburg.
- De Jongh, A., Muris, P., Merkelbach, H., & Schoenmakers, N. (1996). Suppression of dentist-related thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 117-126.
- De Jongh, R., Schutjes, M., Aartman I. H. (2011). A test of Berggren's model of dental fear and anxiety. *European Journal Oral Science*, 119, 361-365.
- Econmou, G. (2003). Dental anxiety and personality: Investigating the relationship between dental anxiety and self-consciousness. *Journal of Dental Education*, 67, 970-980.
- Eli I., Baht R., Kozlovsky A., Simon H. (2000). Effect of gender on acute pain prediction and memory in periodontal surgery. *European Journal Oral Science*, 108, 99-103.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
- Elwood, L. S., Wolitzky-Taylor, K., & Olatunji, B. O. (2012). Measurement of anxious traits: a contemporary review and synthesis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 25(6), 647-666.

Grös, D. F., Antony, M. M., Simms, L. J., & McCabe, R. E. (2007). Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): Comparison to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psychological Assessment*, 19(4), 369-381.

Hamasaki T., Soh I., Takehara T., Hagihara A. (2011). Applicability of both dentist and patient perceptions of dentists' explanations to the evaluation of dentist-patient communication. *Community Dental Health*, 28, 274-279.

Hornblow, A. R., Kidson, M. A. (1976). The Visual Analogue Scale for anxiety: a validation study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10, 339-341.

Lahti, S., Tolvanen, M., Freeman R., Humphris G., Jouakamaa M. (2009). Dental anxiety and alexithymia. *Acta Odontologica Scandinavica*. 67, 13-18.

Liddell A., Locker D. (1997). Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. *Community Dental Oral Epidemiology*, 25, 314-318.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1, Whole No. 609).

Salim, R., Elvir D., Khalid A. (2013). Managing Dental Fear and Anxiety. *The Newc York State Dental Journal*.

Spielberger, C. D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y). Palo Alto, CA: Mind Garden.

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Kadri Randver